ÜBER GUTARTIGE MASTDARMPAPILLOME

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité Berlin
Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand)

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

ERLANGUNG DER MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

Vorgelegt der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

der

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

von

WILHELM SCHMALZ

approb. Arzt aus Posen

z. Z. Assistenzarzt d. Res. am Hauptfestungs-Lazarett, Posen

Tag der Promotion: 4. Februar 1919

Berlin 1919

Buchdruckerei von Arthur Scholem

SW 19, Beuthstraße 6

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Berlin.

Dekan: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. His.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Herrn Geh.-Rat Prof. Hildebrand sage ich für die Ueberlassung des Themas und für die Uebernahme des Referates, Herrn Stabsarzt Dr. Wendriner für die freundliche Unterstützung während der Anfertigung der Arbeit meinen ergebensten Dank.

Diese Arbeit behandelt die an der chirurgischen Klinik der Charité zu Berlin (Geh. Med.-Rat Prof. Hildebrand) in der Zeit von Oktober 1904 bis Dezember 1918 zur Beobachtung gekommenen Fälle von gutartigen Mastdarmpapillomen.

In dem ersten Teil der Arbeit will ich die hier an der Klinik gesammelten Beobachtungen zusammenfassen und mit denen der Literatur vergleichen, in dem zweiten Teil will ich kurz die Krankengeschichten mitteilen.

Im ganzen wurden in dem Zeitraum von über 14 Jahren 25 Fälle von Mastdarmpapillomen beobachtet, d. h. im Durchschnitt kamen jährlich noch nicht zwei Fälle zur Behandlung. Bei dem großen Material der hiesigen Klinik spricht dies für eine große Seltenheit der Erkrankung. Auch Albu, Decker, Lexer u. a. rechnen die Papillome zu den seltenen Erkrankungen.

Im Kindesalter beträgt die Häufigkeit nach Bokai 1 : 2000, nach Kronenberg sogar nur 1 : 25 000.

Unsere Fälle verteilten sich auf die einzelnen Lebensdekaden wie folgt:

1—10	Jahre	= 2	Fälle
10—20	„	= 1	„
20—30	„	= 5	„
30—40	„	= 4	„
40—50	„	= 6	„
50—60	„	= 4	„
60—70	„	= 3	„
		25	Fälle.

Der älteste Patient war 68 Jahre alt (Fall 10), der jüngste 6 Jahre (Fall 8).

Nach unseren Beobachtungen fallen demnach nur 3 Fälle, d. h. 12%, in das Alter bis zu 20 Jahren, 15, d. h. 60%, fallen in das Alter von 20—50 Jahren, und 7 Fälle, d. h. 28 %, fallen

in das Alter von 50—70 Jahren. In unseren 25 Fällen tritt demnach die Polyposis deutlich als Erkrankung des reifen Alters auf.

Dem entgegen stehen die Mitteilungen von König, Doering u. a., die auch das kindliche Alter stark beteiligt wissen wollen.

Von unseren 25 Fällen waren 14 männlichen Geschlechts und 11 Frauen. Demnach überwiegt etwas das männliche Geschlecht. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Doering und Margarini. Letzterer stellt aus der Literatur 20 Fälle von Polyposis recti zusammen. Es handelt sich 14 mal um Männer und 6 mal um Frauen. Das Alter schwankt zwischen 9 und 51 Jahren.

Die Aetiologie ist in fast allen unseren Fällen völlig ungeklärt· doch hat es den Anschein, als ob hereditären Momenten eine gewisse Bedeutung zukäme. Ein Patient (Fall 1) gibt an, die Mutter sei an Mastdarmkrebs gestorben, in Fall 24 leidet die Mutter des Patienten an Mastdarmpolypen. Mehrere Patienten führen ihr Leiden auf Stuhlverstopfung zurück (Fall 5, 11, 13, 19), andere wieder auf Darmkatarrh (Fall 1, 23). Da aber die Papillome an sich klinisch unter dem Bilde der Enteritis, bzw. Obstipation verlaufen können, ist es sehr fraglich, ob hier nicht Ursache und Wirkung miteinander verwechselt werden. Auch in der Literatur ist die Frage der Aetiologie völlig ungeklärt. Schwab teilt zwei Fälle von Polypenbildung im Rectum mit, die auf entzündliche Prozesse des Darms zurückgeführt werden müssen. Borst trennt die Polypen oder die glandulären Hyperplasien, die sich bei chronischen Entzündungen aus der Mukosa entwickeln, und nach dem Typus des Mutterbodens gebaut sind, von den als Geschwülste aufzufassenden polypösen Adenomen, die wahrscheinlich aus abnormen Keimen entstehen. Aber auch bei der auf chronische Entzündung zurückzuführenden Polyposis nimmt Borst eine lokale individuelle Disposition an, worauf die Häufigkeit des Vorkommens dieser Polypen bei sehr jugendlichen Individuen und vor allem die nicht selten erwiesene Heredität hinweisen. Ribbert wiederum läßt die Scheidung in polypöse Adenome und entzündliche Polypen nicht zu. Er meint, daß sich alle Polypen auf Grund von Abnormitäten in der Entwicklung bilden. Die abweichende Beschaffenheit der Polypenepithelien erklärt er für eine Folge ihrer Existenz unter abnormen Bedingungen. Petrow be-

schuldigt langdauernde Katarrhe, Wulf und Riederer chronische Obstipation und Verdauungsstörungen als aetiologische Faktoren der Papillomentstehung. Auch Lexer, König u. a. plädieren für eine häufige Entstehung der Papillome infolge chronischer Entzündungen. Doering beobachtete zwei Fälle von Polypenbildung bei Geschwistern, deren Mutter und ein Onkel an Carcinoma recti gestorben waren. Ob bei diesen noch nebenbei Polypenbildung vorhanden war, war nicht feststellbar. Von den Geschwistern erkrankte zuerst der Bruder und ging an Carcinom zugrunde, bei der Autopsie fand sich noch nebenbei Polyposis des ganzen Darmtraktus. Mehrere Jahre später erkrankte die Schwester des Patienten unter den gleichen Erscheinungen, ohne daß bisher eine maligne Degeneration hinzugetreten wäre. Aehnliche Beobachtungen, die das hereditäre Moment bei der Papillomentstehung in den Vordergrund stellen, wurden auch von Niemack, Strauß, Langenbeck, Paget u. a. gemacht.

Die Gestalt der Polypen ist eine außerordentlich wechselnde! Oft sitzen sie in Form kleinerer oder größerer warziger Gebilde oder in hahnenkammartigen Wucherungen den Schleimhautfalten auf, oft hängen sie in langen, dünnen Stielen knopfförmig in das Darmlumen hinein. Die Polypen können unter Umständen beträchtliche Größe erreichen. Potherat entfernte einer 26jährigen Frau einen Zottenpolypen des Rectums von etwa Mandarinengröße, Pearsons einer 41jährigen Frau einen gestielten aus dem After hervorgetretenen Tumor von 11 Zoll Umfang. Der Tumor war mit Schleimhaut überkleidet, und bestand fast nur aus fibrösem Gewebe. Ueber den histologischen Bau der an der hiesigen Klinik exstirpierten Papillome kann ich keine Mitteilung machen, da nur zwei Papillome (Fall 7 und 18) histologisch untersucht wurden, und der Vermerk in der Krankengeschichte sich nicht auf den histologischen Bau, sondern auf die Benignität bezieht. Histologische Präparate waren ebenfalls nicht mehr vorhanden.

Nach Aschoff unterscheidet sich das Epithel der Papillome gewöhnlich vom Darmepithel, es entbehrt nämlich der Resorptions- und Sekretions-Zellen. An anderen Stellen findet man gewöhnlich ein dichtgedrängtes hohes Zylinderepithel, welches verschiedene Kernreihen aufweist, aber noch große Regelmäßigkeit der Zell- und Kernformen erkennen läßt. Andere Formen zeigen bereits stärkere Abweichungen, richtige Epithelpapillen, Mehrreihigkeit der Epithelien mit Ueberein-

anderschichtung, Anomalien der Kernformen, viel Kernteilungsfiguren, diese Formen bilden bereits den Uebergang zum Carcinom und kann man hier schwer eine strenge Grenze ziehen. Die gelegentliche Lückenbildung in der Submukosa, ja bis in die Serosa hinein, beweist an sich noch nicht die Malignität, da es sich noch um Gewebsmißbildung handeln kann.

Denkt man sich eine Ueberhandnahme des Bindegewebes in der Geschwulst, und eine allmählich eintretende Atrophie der Drüsen und der hypertrophischen Schleimhaut, so hat man ein einfaches polypöses Fibrom, wie es im Mastdarm häufig beobachtet wird (König). Nach König kommt auch das Myom in polypöser Form im Mastdarm vor. Natürlich hat auch diese Geschwulst, welche aus sich vielfach durchflechtenden glatten Muskelfasern besteht, einen Ueberzug von Schleimhaut und Drüsen, allein die eigentliche Tumormasse bleibt doch das Muskelgewebe.

Die Dauer, d. h. der Zeitpunkt vom Beginn der Beschwerden bis zur ärztlichen Beratung erstreckt sich in unseren 25 Fällen meistens über eine lange Zeit. Der Beginn des Leidens wurde in 13 Fällen (Fall 1, 3, 5, 8, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 22, 23, 24) bis zu einem Jahr zurückverlegt, 6 Fälle (Fall 4, 11, 16, 17, 21, 25) dauerten bis zu drei Jahren, über 3 Jahre dauerten 5 Fälle (Fall 2, 6, 7, 9, 12). Da bei mehreren Patienten gleichzeitig Haemorrhoiden bestanden, ist es natürlich nicht leicht zu sagen, wann die Polypenbeschwerden begannen, da die Haemorrhoiden meistens zeitlich zuerst zur Beobachtung kamen: Fall 7 klagte schon 20 Jahre über „Haemorrhoiden", Fall 9 etwa 18 Jahre. In Fall 7 traten in den letzten 6 Monaten neue Beschwerden hinzu, während in Fall 9 der Polyp zufällig anläßlich eines Curettements entdeckt wurde, und ½ Jahr später zur Operation kam. Bei Fall 20 findet sich in der Krankengeschichte kein Vermerk über die Krankheitsdauer.

Auch in der Literatur finden sich dieselben Beobachtungen, ein Fall von Schwab hat 15 Jahre gedauert.

Das Leiden wird eingeleitet durch unbestimmte Symptome, die manchmal auf Darmkatarrh oder auf Obstipation hindeuten. Zeitweilig wechseln auch die Symptomenbilder ab, so daß man ohne rektale Untersuchung nicht zu einer Diagnose kommen kann.

In Fall 23 traten deutliche Setnosenerscheinungen durch den Tumor auf, Patient hatte sogar nach Einläufen tagelang keinen Stuhlgang. Das hervorstechendste Symptom der Papillome sind aber die Blutungen. In unseren Fällen wurde 16mal hierüber geklagt, d. h. in 64% aller Fälle. In den Fällen 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 21, 24, 25 waren die Blutungen mäßig, in Fall 16 traten aber nach einer unvollkommenen Polypenoperation sehr heftige Blutungen auf, so daß Patient sofort Spitalsbehandlung aufsuchen mußte. Dieser Patient gab an, alle ½ Stunde auf den Abort gegangen zu sein, wo ihm ein Wasserglas Blut abging. Aehnliche Beobachtungen wurden auch in der Literatur gemacht. Aronheim berichtet über einen Fall, wo beim Turnen einem 10jährigen Jungen ein Mastdarmpolyp prolabierte, und eine schwere Blutung mit Anaemie erzeugte. Aber auch die chronischen Blutungen, die sich über längere Zeit intermittierend hinziehen, können mehr oder weniger schwere Grade von Anaemie erzeugen (Fall 1, 14, 15). Direkte Verblutungen sind ungeheuer selten, doch werden in der Literatur einige Fälle von Schwab, Rotter u. a. mitgeteilt. Ein Fall von Dalton starb direkt nach der Exstirpation der Polypen an Verblutung. Mocquet wirft die Frage auf, woher das Blut stamme? Ueber diese Frage geht die Ansicht der Autoren auseinander. Die einen meinen, daß die Blutungen aus der Mastdarmschleimhaut stammen, die anderen aus dem Polypen selbst. Dieser letzteren Ansicht, die sicherlich die richtige ist, schließt sich auch Mocquet an. Gegen die Ansicht, daß die Blutung aus der Schleimhaut stamme, spricht die Tatsache, daß nach gründlicher Entfernung des Tumors die Blutungen sofort sistieren. Im histologischen Bilde der Polypen kann man ferner beobachten, wie es zu Blutungen in die Drüsenlumina und in das interstitielle Gewebe kommt, von wo sich das Blut auf die von Epithel entblößte Oberfläche ausbreitet. Der Mechanismus der Blutung ist kurz folgender: Der harte Kot erzeugt durch Reibung an den Polypen Geschwüre, oder aber der Polyp wird außerhalb des Afters eingeklemmt, in beiden Fällen wird es zur Blutung kommen. Auch die von uns beobachteten Fälle bestätigen obige Anschauungen. Die ulzerierten Polypen Fall 18 und 25 zeigten Blutungen, ebenso die Fälle 4, 7, 8, 10, 13, 17, bei denen es während des Stuhlgangs zu Prolaps der Polypen kam. Bei langgestielten Polypen muß man bei Blutungen auch an Stieldrehung denken.

Neben dem Blut erscheint im Kot manchmal Schleim und Eiter. In den Fällen 1, 11 und 18 wurde Eiter beobachtet, in Fall 16 Schleim. Hinter den so häufigen Blutungen treten diese Symptome an Wichtigkeit zurück. Schwab teilte einen Fall mit, wo nach Anlegung eines Anus praeternaturalis wegen Polypenbildung eine so starke Sekretion dünnflüssigen Schleimes aus dem distalen Rektumstumpfe stattgefunden hatte, daß man eine Kommunikation mit der Blase vermutete. Schleimabgänge im Stuhl wurden auch von den meisten anderen Autoren, wie König, Lexer, Sklifasowski u. a., beobachtet.

Als ein den Patienten stark schwächendes Moment müssen die häufigen Diarrhöen erwähnt werden. In unserem Fall 1 waren diese so häufig, daß die ursächliche Krankheit anfangs übersehen wurde, Patient wurde daher nur wegen Darmkatarrhs behandelt, erst viele Monate später wurde anläßlich einer digitalen Rektalexploration die richtige Diagnose gestellt.

Ein gewisser Prozentsatz der Kranken suchte ärztliche Hilfe auf wegen der Schmerzen, die meist während des Stuhlgangs auftraten.

Von unseren Patienten wurde in den Fällen 2, 3, 4, 9, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25 über Schmerzen geklagt, d. h. in 56% aller Fälle. Fall 17 gab an, die Schmerzen bei hartem Stuhl heftiger zu empfinden, was ja leicht verständlich ist, wenn man bedenkt, daß die harten Kotmassen den weichen papillomatösen Tumor leicht verletzen. In Fall 2 waren die Schmerzen so stark, daß die Patientin möglichst wenig aß, um nur selten Stuhlgang zu haben.

Ich komme nun auf den gar nicht so seltenen Prolaps der Papillome zu sprechen. Bevor ich jedoch auf diese Frage eingehe, will ich erst einiges über den Sitz und die Zahl der Polypen an der Hand unserer Fälle mitteilen.

Wir beobachteten alleinstehende Polypen 15 mal, d. h. in 60% aller Fälle. Es sind dies die Fälle 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 21, 23 und 25. Multiplizität der Polypen wurde in den Fällen 3, 5, 7, 11, 14, 16, 20, 22, 24, d. h. 9 mal oder in 36% der Fälle, allgemeine Papillomatosis sowohl des Rektums als auch des Kolons wurde nur in Fall 1 festgestellt, d. h. in 4% der Fälle. Vorstehende Zahlen könnten aber nur dann auf Exaktheit Anspruch erheben, wenn alle Fälle mittels des Rektoskopes untersucht worden wären, was

aber nur 3 mal geschehen ist. (Fall 5, 7, 21.) Bei der digitalen Rektaluntersuchung können aber besonders die hochsitzenden Tumoren nur zu leicht übersehen werden. Man wird daher gut tun, die Prozentzahl der solitären Papillome zugunsten der Zahlen der multiplen Geschwülste herabzusetzen.

Ueber den Sitz der Papillome gibt uns die folgende Zusammenstellung Aufschluß:

Dicht oberhalb des Afters, bis zu 10 cm vom Anus entfernt, saßen die Papillome 20 mal, d. h. in 80% aller Fälle (Fall 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25); 2 mal (Fall 1 und 7) wurde höherer Sitz festgestellt, d. h. in 8% unserer Fälle. 3 mal, d. h. in 12% der Fälle, wurde gemischter Sitz festgestellt (Fall 14, 16, 24).

Also über 90% unserer Fälle zeichneten sich durch solch tiefen Sitz der Tumoren aus, daß diese digital festgestellt werden konnten. Zu demselben Ergebnis kommt auch König.

Schließlich möchte ich noch in einer Zusammenstellung das Verhältnis der gestielten Papillome zu den der Schleimhaut breitbasig aufsitzenden Tumoren vergleichen.

Die größte Anzahl der Polypen, im ganzen 16 (Fall 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 22), war gestielt, 5 Fälle (Fall 1, 3, 7, 18, 25) saßen der Schleimhaut breitbasig auf, und in 4 Fällen (Fall 20, 21, 23, 24) fehlen in den Krankengeschichten die diesbezüglichen Vermerke.

Der so häufig tiefe Sitz der Papillome einerseits, ihr überwiegendes Vorkommen an einem Stiel andererseits macht es leicht erklärlich, warum in einer so großen Anzahl von Fällen ein Prolaps des Tumors — der sich meistens während des Stuhlgangs ereignet — beobachtet wird.

Aber auch andere Ursachen können zu Prolaps führen. Aronheim teilte einen Fall bei einem Knaben mit, wo sich der Prolaps beim Turnen, wahrscheinlich infolge plötzlich gesteigerten Abdominaldruckes, ereignete. Unter unseren 25 Fällen wurden 10 Fälle — d. h. 40% — mit Prolaps beobachtet. Dieser Prolaps des Papilloms ist meist nur vorübergehender Art, doch kommen auch Einklemmungen der Geschwulst infolge festen Verschlusses des Sphinkters vor. Hierher gehört Fall 22, bei dem ärztliche Hilfe zur Reposition in Anspruch genommen werden mußte, und der eben

zitierte Fall von Aronheim, wo infolge der Inkarzeration eine heftige Blutung aufgetreten war.

Die Diagnose der Papillome ist manchmal sehr einfach, andere Male wiederum sehr schwierig. Die Symptome, wie chronische Diarrhöen, abwechselnd mit Obstipation, können zu Verwechslung mit Darmkatarrhen, die Blutungen zu Verwechslung mit Hämorrhoiden führen. Auch in den Krankengeschichten der von uns beobachteten Fälle steht sehr häufig die Angabe, daß Patient schon seit langem an „Hämorrhoidalblutungen" leide. Ich habe schon an einer anderen Stelle darauf hingewiesen, daß hochsitzende Papillome der digitalen Untersuchung leicht entgehen, und König macht darauf aufmerksam, daß weiche Papillome nur zu leicht von dem palpierenden Finger übersehen werden. Wenn man auch mittels des Fingers Papillome entdeckt hat, ist immerhin die Möglichkeit weiterer hochsitzender Polypen vorhanden; zu einer erschöpfenden Untersuchung muß daher in jedem Falle das Rektoskop herangezogen werden (Decker, Albu). Digitaluntersuchung und Rektoskopie gehören unbedingt zusammen, und Strauß weist darauf hin, daß es Fälle geben kann, wo man nur durch gleichzeitige Anwendung beider Methoden zu einer sicheren Diagnose gelangen kann. In unserem Fall 8 wurde die Geschwulst bei der ersten Untersuchung nicht gefunden, erst bei der zweiten Untersuchung in Narkose wurde sie festgestellt. Unser Fall 7 weist ebenfalls auf die große Wichtigkeit der Rektoskopie hin. Die digitale Exploration des Rektums zeigte nichts Krankhaftes, erst die Untersuchung mittels Rektoskopes ließ mehrere Papillome erkennen.

Ich komme jetzt auf die Prognose der Polypen zu sprechen. Ich kann aus unseren eigenen Fällen keine Folgerungen ziehen, da ich nur von einem einzigen Falle über das spätere Ergehen unterrichtet bin. Ich muß daher auf die Mitteilungen aus der Literatur zurückgreifen. Nach Schwab, König u. a. sind die Papillome als gutartige Geschwülste zu bezeichnen. Sie zeigen keine Neigung zum Weiterwuchern in das Gewebe oder zu Metastasenbildung. Auch die Neigung zum Rezidiv macht sie nicht zu bösartigen Tumoren, da das Nachwachsen der Stümpfe der ausgestoßenen Geschwülste nicht in der Malignität des Tumors zu suchen ist, sondern in dem Umstande, daß Teile des Polypen zurückgeblieben sind, die dann weiterwuchern. Aber auch nach Schwab und König tritt in späteren Jahren häufig eine karzinomatöse Degene-

ration der Polypen auf. Nach Schwab tritt diese maligne Degeneration hauptsächlich bei den Formen auf, die den Bau des Adenoms zeigen, während die nach dem Typus des Fibroms gebauten Tumoren gutartig zu sein scheinen.

Doering untersuchte 50 Fälle von Darmpolyposis der Literatur und fand den späteren Uebergang in Karzinom in 24 Fällen. Der Sitz der Karzinombildung im Rektum wurde 15 mal festgestellt. Doering schreibt hierüber: Es handelt sich um schnellwachsende, ringförmige, ausgedehnt ulzerierte Tumoren, an deren wallartigen Rändern selbst oder doch in ihrer unmittelbaren Nähe zahlreiche gestielte weiche Polypen aufsitzen. Diese Geschwülste neigen stark zur Metastasenbildung, die am häufigsten in der Leber, in einigen Fällen außerdem in das gesamte Bauchfell, oder in den Knochen (Rotter) stattgefunden hatte. Nach dem Mastdarm wird das S-Romanum als häufigster Sitz der Krebsentwicklung erwähnt, jedoch ist diese Lokalisation eine ungleich seltenere, im Vergleich zum Rektum. Das Alter der Kranken, bei dem die Krebsentwicklung bei der Polyposis einsetzt, ist im Gegensatz zu der sonstigen Krebserkrankung ein sehr niedriges. Strauß teilte 14 Fälle von Mastdarmpolypen mit, von denen schließlich einer in Karzinom überging. Der an der hiesigen Klinik beobachtete Fall 16 zeigte bereits im zweiten Jahre nach Auftreten der ersten klinischen Beschwerden eine karzinomatöse Degeneration. Aber nicht nur karzinomatöse, sondern auch sarkomatöse Degeneration der Polypen wird beobachtet De Lisi teilt einen hierher gehörenden Fall eines 20jährigen Mannes mit Polypen und Kleinzellensarkom des Rektums mit. Die chronologische Folge der Erscheinungen wäre nach de Lisi auf Grund der Anamnese und des mikroskopischen Befundes: Proctitis chronica, Polyposis, Sarkom. Der maligne Tumor infiltriert mit zerstreuten Herden die Zone der Wände zwischen den Haftstellen der Polypen, sich auf die Schleimhaut und Submukosa ausdehnend, und mit den Elementen derselben in enge Verbindung tretend. Dies rechtfertigt die Annahme des Ursprungs der Neubildungselemente aus den fixen Bestandteilen der Tunica interna des Darmes.

Die Prognose der Papillome wird ferner getrübt durch das Auftreten von Blutungen, wie ich im vorhergehenden ausführlich dargelegt habe. Die Blutungen können den Körper derart schwächen, daß sie zu einer ernsten Gefahr für den Patienten werden.

Das gleiche gilt auch von den Diarrhöen, besonders dann, wenn sie sich über längere Zeit hinziehen!

Ich komme nun auf die Behandlung der Papillome zu sprechen. Wegen der nicht vorauszusagenden Blutungen und der eventuellen späteren malignen Degeneration muß die Forderung gestellt werden, alle Papillome, auch die klinisch harmlos erscheinenden, zur operativen Behandlung zu bringen. Diese kann natürlich nur in einer Entfernung des Tumors bestehen.

Von unseren 25 Fällen kamen 23 zur Operation, ein Fall (Fall 23) verweigerte die blutige Behandlung, bei einem Fall (Fall 7) wurden nur Spülungen mit 1% Tanninlösung vorgenommen. Die Exstirpation der Polypen geschah 20 mal vom Anus aus. Die Patienten wurden gewöhnlich erst 2—3 Tage vor der Operation vorbehandelt, d. h. sie bekamen innerlich Abführmittel und der Dickdarm wurde mit 1% Tanninlösung gespült. Die Operation selbst wurde meistens in Lokalanaesthesie ausgeführt. Zuerst wurde der Sphinkter gedehnt, und dann mit dem Finger oder mit Instrumenten der Tumor vorgewälzt, oder aber bei tiefem Sitz mittels Spekula eingestellt. Alsdann wurde nach Unterbindung des Stieles der Polyp hart an der Basis abgeschnitten. Saß der Tumor der Schleimhaut breitbasig auf, dann wurde die Schleimhaut neben dem Papillom umschnitten und gleichzeitig mitentfernt (Fall 22). Nach Beendigung der Operation erhielt der Patient gewöhnlich ein mit Jodoformgaze umwickeltes Darmrohr in den Anus und innerlich wurde Opium gegeben. Mit dieser einfachen Methode kommt man jedoch nicht immer aus, bei unseren 25 Fällen fanden dreimal andere Operationsmethoden Anwendung. In Fall 1 handelte es sich um allgemeine Papillomatosis des Kolons; es wurde ein Anus praeternaturalis angelegt, um den Reiz der vorbeiziehenden Kotmassen auf die Papillome zu beseitigen. In Fall 4 wurde eine ringförmige Resektion des Mastdarms ausgeführt, da der Verdacht der Bösartigkeit wegen beginnender Verhärtung des Stiels bestand.

Fall 14 wurde zuerst vom Anus aus operiert, da aber die Blutungen weiterbestanden, wurde zur Feststellung und Exstirpation der hochsitzenden Tumoren laparatomiert.

Der Erfolg der Polypenentfernung ist stets sofort zu verzeichnen. Die Beschwerden, wie Blutungen, Schmerzen beim Stuhlgang schwinden meistens sofort, und unsere Patienten

verließen gewöhnlich 8—10 Tage nach der Operation als gesund das Krankenhaus. Wie lange allerdings die Heilung andauert, kann ich aus unseren Fällen nicht berechnen, da die Patienten diesbezügliche Anfragen unbeantwortet ließen. Sind bei der Operation aber Polypen zurückgeblieben, dann treten die alten Beschwerden bald wieder auf und machen einen neuen Eingriff erforderlich. (Fall 14 und 16.)

In Fall 16 erfuhr ich, daß der Patient, der die Charité als „geheilt" entließ, später wieder Blutungen bekam, und in einer anderen Klinik wegen Carcinoma recti operiert wurde.

Auch in der Literatur finden sich im wesentlichen dieselben Beobachtungen. Lexer macht besonders darauf aufmerksam, daß unvollkommene Entfernung der Papillome rasch zu Rezidiv führt, eventuell zu Karzinombildung. Schwab, der den entzündlichen Prozessen bei der Papillomentstehung eine große Bedeutung zuspricht, rät infolgedessen, alle Enteritiden prophylaktisch energisch zu behandeln. Handelt es sich um allgemeine Polyposis, so ist die Anlegung eines Anus praeternaturalis anzuraten. Margarini berichtet über einen in diesem Sinne behandelten Fall. Der in der Ileocoecalgegend angelegte Anus praeternaturalis hatte nach Verlauf eines Jahres den Allgemeinzustand des Patienten nur wenig gebessert, aber einen wohltätigen Einfluß auf die Polypen ausgeübt. Diese hatten an Volumen abgenommen, und die Entwicklung von Bindegewebe war begünstigt worden. Die Polypen wurden nun exstirpiert und der Anus praeternaturalis geschlossen. Die Polypen waren gutartiger Natur. 1½ Jahre darauf wurde an der Stelle, wo die Polypen bestanden hatten, eine Ulzerationsfläche gefunden, die krebsartiger Natur war. Margarini meint, daß entweder infolge des zu frühen Durchganges der Kotmassen und der stattgehabten Reizungsprozesse das Drüsengewebe eine krebsige Umwandlung erfahren habe, oder daß schon vorher eine Krebsanlage bestand, die sich infolge der Reizungsprozesse entwickelte. Es fragt sich nun, ob man in solchen Fällen nicht besser tue, den Anus praeternaturalis dauernd bestehen zu lassen.

Zum Schluß will ich noch kurz darauf hinweisen, daß neben der Exstirpation der Tumoren mittels Schere und Messers auch der Galvanokauter in gewissen Fällen sehr beliebt ist, König empfiehlt diesen besonders bei Tumoren mit breitem Stiel.

Fall 1.

Schlosser K. P., 30 Jahre alt, aufgenommen am 9. 10. 05.

Anamnese: Die Mutter ist an Mastdarmkarzinom gestorben. Patient ist früher nicht krank gewesen. Seit Juli 1905 leidet Patient an Diarrhöe, anfangs täglich zirka fünf dünnbreiige Stühle, dann wurde derselbe ganz dünnflüssig, und seit dem 8. 10. 05 täglich 15—20 Stühle mit Eiter und Blut. Im Juli 1905 wurde Patient wegen Magendarmkatarrhs im Krankenhaus Moabit behandelt.

Befund: Innere Organe o. B., sichtbare Schleimhäute blaß, Haut schlaff und welk.

Die rektale Untersuchung ergibt ziemlich hoch sitzende, rings um das Rektumlumen herum angeordnete, erbsen- bis kirschgroße, teils kugelige, teils hahnenkammartige Geschwülste, anscheinend getrennt durch normale Schleimhaut. An der einen Stelle fühlt sich die Geschwulst, die mehr flächenhaft ist, etwas derber und härter an.

Diagnose: Polyposis recti.

17. 10. Der Stuhl des Patienten ist stark mit Eiter durchsetzt und riecht unangenehm. Spülung mit Tanninlösung.

25. 10. Stuhlgang riecht nicht mehr so fäkulent.

13. 11. Operation. Vorlagerung eines Darmstückes des Colon descendens zwecks späterer Anlegung eines Anus praeternaturalis.

15. 11. Patient fühlt sich etwas wohler. Bauch nicht druckempfindlich.

16. 11. Eröffnung des vorliegenden Darmes mit dem Paquelin.

17. 11. Patient hat durch den angelegten Anus praeternaturalis 3 mal Stuhlgang, doch auch durch den natürlichen After geht Stuhl ab. Exitus letalis unter den Erscheinungen von Herzschwäche.

Sektionsprotokoll. Operative Kolonfistel, Perforation des zuführenden Darmastes in die Bauchhöhle. Massenhaft Kot im Abdomen. Fibrinöse Peritonitis, Polyposis coli et recti, Gastritis chronica, Schwellung der Lymphknötchen im Dünndarm. Lungenembolie, Pleuritis fibrinosa dextr.

Fall 2.

Frau K., 57 Jahre alt, aufgenommen 15. 9. 08.

Anamnese: Patientin ist nie ernstlich krank gewesen. Seit langem klagt Patientin über Hämorrhoidalbeschwerden. Blutungen hat sie nie gehabt. In den letzten Monaten wurden die Beschwerden beim Stuhlgang so groß,daß Patientin möglichst wenig aß, um nur selten Stuhl zu haben. In letzter Zeit ist sie dadurch abgemagert.

Status: Gutgenährte Frau. Innere Organe o. B.

Im Rektum, etwa 4 cm oberhalb des Anus, fühlt man einen walnußgroßen, der Schleimhaut mit breitem Stiele aufsitzenden Tumor.

Diagnose: Rektumpolyp.

Operation: Der Polyp wird aus dem Anus hervorgezogen, der Stiel mit der Quetsche abgeklemmt und mit starkem Seidenfaden abgebunden. Darmrohr mit Jodoformgaze.

29. 9. Als gesund entlassen.

Fall 3.

Postschaffner A. P., 38 Jahre alt, aufgenommen 18. 11. 08.

Anamnese: Bisher stets gesund gewesen. Seit ½ Jahr hat Patient Beschwerden beim Stuhl, die in Brennen, Jucken und Stuhldrang bestehen. Blut hat er im Stuhl nie beobachtet.

Befund: Mittelgroßer Mann. Innere Organe o. B.

Die Rektaluntersuchung ergibt mehrere mit breitem Stiel der Vorderwand des Rektums aufsitzende, frei hinter der Analöffnung bewegliche Polypen, sowie einige aus der Analöffnung heraushängende Hämorrhoidalknoten.

Diagnose: Polyposis recti.

20. 11. Operation in Narkose. Nach Einführung eines Analspekulums werden vier kleinere bis mittelgroße Polypen mit Luerzange nacheinander gefaßt und mittels Thermokauters abgebrannt, desgleichen nach Abklemmung mittels Blattzange ein haselnußgroßer Hämorrhoidalknoten. Jodoformgaze—Darmrohr.

7. 12. Als geheilt entlassen.

Fall 4.

Frau A. D., 53 Jahre alt, aufgenommen 3. 2. 09.

Anamnese: Patientin ist nie ernstlich krank gewesen. Seit etwa 2 Jahren bemerkt sie, daß am Ende der Defäkation

etwas Blut kam. Seit einem Jahr tritt beim Pressen mitunter ein Gebilde von etwa Bohnengröße vor den After; dieses blutete, sobald es die Patientin drückte. Jetzt ist die Geschwulst etwa apfelgroß geworden und blutet viel und leicht. Patientin hat ab und zu Kreuzschmerzen.

Befund: Gut genährte Frau. Innere Organe o. B.

Bei rektaler Untersuchung findet der Finger an der linken Wand des Rektums, zirka 6 cm oberhalb des Anus, eine kastaniengroße, derbe, gestielte Geschwulst. An seinem Schleimhautansatz ist der Stiel deutlich erhärtet.

Diagnose: Papilloma recti.

8. 2. Nach genügender Vorbereitung Operation: Narkose. Schnitt auf das Steißbein, Exartikulation desselben. Eröffnung des Rektums. Exstirpation eines 5 cm breiten Ringes aus dem Rektum, an dem das Papillom inseriert, unter Schonung des Sphinkters. Naht der Darmstücke. Tamponade, Drainage der Wunde an Stelle des Steißbeins; Verband.

27. 3. Patientin wird als geheilt entlassen.

Fall 5.

Tischler F. W., 28 Jahre alt, aufgenommen 8. 4. 10.

Anamnese: Früher stets gesund gewesen. Seit vier Wochen leidet Patient an Kreuzschmerzen, Ziehen in der Magengegend und Stuhlverstopfung.

Befund: Mittelgroßer Mann, innere Organe o. B.

Die Rektaluntersuchung ergibt an der Hinterwand etwa 2 cm oberhalb des Sphinkters eine kirschgroße gestielte Geschwulst, an der Vorderwand eine kleinere.

13. 4. Rektoskopie. Man sieht einen kleinen, runden, gestielten Schleimhautpolypen.

14. 4. Operation: In Lokalanaesthesie wird im Spekulum erst der eine Polyp eingestellt, durch den Stiel ein Faden gestochen, nach beiden Seiten unterbunden, darauf der Polyp abgetragen. Ebenso der zweite Polyp. Jodoformgaze — Darmrohr.

26. 4. Gebessert, auf Wunsch entlassen.

Fall 6.

Landwirt W. P., 36 Jahre alt, aufgenommen 26. 11. 10.

Anamnese: Seit 5 Jahren Leibschmerzen, Hämorrhoidalbeschwerden; Appetit und Schlaf schlecht.

Befund: Großer, kräftiger Mann, Herz und Lunge o. B.

Abdomen: Schlaffe Bauchdecken, Blinddarmgegend ziemlich empfindlich, ebenso die Gegend des Colon descendens, wo auch ein derber Strang fühlbar ist. Im Coecum Kotballen und Luftansammlung. Mageninhalt und Stuhlgang o. B.

Röntgenbefund. Magen steht drei Querfinger unter dem Nabel, geringe Peristaltik, deutliche Magenblase. Spornbildung zwischen Colon transversum und descendens.

6. 12. Im Stuhl hellrote Blutstreifen, im After ist ein fingerkuppengroßes rötliches Gebilde sichtbar. Es blutet leicht, läßt sich reponieren und ist an seinem Stiel beweglich.

Diagnose: Papilloma recti.

10. 12. Operation. Abbinden des Stiels, Durchbrennen mit dem Paquelin, Jodoformgaze — Darmrohr.

12. 12. Patient wird als gesund entlassen.

Fall 7.

Invalide M. E., 60 Jahre alt, aufgenommen 14. 7. 11.

Anamnese: Seit 20 Jahren Hämorrhoidalbeschwerden, seit Frühjahr 1911 Mastdarmvorfall, Blutungen, Gewichtsabnahme 27 Pfund.

Befund: Mittelgroßer Mann, schlechter Ernährungszustand. Innere Organe o. B. Rektale Digitaluntersuchung o. B. Stuhlgang zeitweilig schleimig-eitrig. Aus dem After tritt ein wulstiger, mehr als fingerdicker Schleimhautring hervor.

6. 9. Rektoskopie: Einführung des Rohres bis 15 cm: Schleimhaut glatt ohne Ulzeration, breitgestielte Polypen buchten sich gegen die Höhlung vor.

9. 9. Probeexzirsion: Polypenbildung.

Diagnose: Prolapsus ani et recti, Polyposis recti.

18. 9. Einläufe mit 1% Tanninlösung.

25. 9. Als gebessert entlassen.

Fall 8.

Knabe G. R., 6 Jahre alt, aufgenommen 14. 9. 11.

Anamnese: Das Kind ist stets gesund gewesen. Seit Weihnachten 1910 bemerkten die Eltern, daß dem Stuhl des Patienten etwas Blut beigemengt war, auch haben sie das öftere Heraustreten einer kirschgroßen Geschwulst aus dem

Anus beim Stuhlgang bemerkt. Die Reposition gelang immer leicht.

Befund: Kräftiger Junge mit gesunden inneren Organen. Digitaluntersuchung des Rektums o. B.

17. 9. Erneute Untersuchung im Aetherrausch. Es gelingt nach Erweiterung des Sphinkters, mit dem Finger den Polypen herabzuholen, abzubinden und abzuschneiden.

19. 9. Kein Blut im Stuhl.

21. 9. Als geheilt entlassen.

1919. Die Heilung dauert an.

Fall 9.

Arbeiterin M. L., 42 Jahre alt, aufgenommen 23. 9. 11.

Anamnese: Patientin leidet seit 18 Jahren an Hämorrhoiden. Im März dieses Jahres wurde anläßlich eines Curettements ein Darmpolyp entdeckt. Häufig Schmerzen beim Stuhlgang. Oefter etwas Blut und Schleim aus dem After verloren. Im März 11 wegen langdauernder Blutungen Curettement, die Blutungen haben sich seit 14 Tagen wieder eingestellt.

Befund: Mittelgroße, kräftige Frau. Innere Organe o. B.

Aus dem After sieht ein haselnußgroßes gerötetes Stück Darmschleimhaut heraus, das an einem Stiel sitzt. Außerdem sieht man einen ziemlich dicken Kranz von Hämorrhoiden.

Diagnose: Rektumpolyp. Hämorrhoiden.

26. 9. Im Aetherrausch Abtragen des Polypen am Stiel, nachdem derselbe abgebunden ist. Jodoformgaze — Darmrohr.

6. 10. Patientin wird als geheilt entlassen.

Fall 10.

Frau B., 68 Jahre alt, aufgenommen 18. 1. 12.

Anamnese: Seit ¾ Jahren bemerkt Patientin einen Knoten, der manchmal aus dem After heraustritt, dann aber wieder zurückgeht. Gelegentlich Blutungen, letzthin weniger, jedoch ein Größerwerden der Geschwulst bemerkt. Sie will in letzter Zeit abgemagert sein.

Befund: Mittelgroße, mäßig gut genährte Frau. Herz und Lunge o. B.

Rektal fühlt man einen walnußgroßen, weichen Polypen, der sich am derben Stiel der vorderen Mastdarmwand ansetzt, dicht oberhalb des Anus.

Diagnose: Papilloma recti.

23. 1. Operation in Lokalanaesthesie. Sphinkterdehnung. Der Polyp wird vorgezogen, an seiner Basis schrittweise übernäht bzw. umstochen und abgetragen. Jodoformgaze — Darmrohr.

30. 1. Als gesund entlassen.

Fall 11.

Frau A. G., 45 Jahre alt, aufgenommen 27. 8. 12.

Anamnese: Seit mehreren Jahren Stuhlverstopfung; Schmerzen beim Stuhlgang. Seit mehreren Wochen Abgang von Blut und Eiter im Stuhl.

Befund: Große, gut genährte Patientin. Innere Organe o. B. Der Stuhlgang enthält geringe Beimischung von Blut und Schleim.

30. 8. Rektum. Schleimhaut gerötet, weich. Dicht über dem After zwei walnußgroße und ein kleiner Schleimhautpolyp. Keine Hämorrhoiden. Abtragen der Polypen, Darmrohr.

7. 9. Als gesund entlassen.

Fall 12.

Lehrer J. L., 67 Jahre alt, aufgenommen 10. 9. 12.

Anamnese: Seit 8 Jahren jedesmal beim Stuhlgang Vorfall eines zuerst kleinen, dann im Laufe der Zeit bis zu Aprikosengröße wachsenden Tumors des Rektums. Patient reponierte ihn stets selbst, erst zuletzt war ihm dies nicht mehr möglich.

Befund: Großer, gut genährter Patient. An der hinteren Rektumwand gestielter harter Tumor.

Diagnose: Papilloma recti.

17. 9. Operation. Narkose, Abbinden des Stiels, Abtragen des Tumors.

29. 9. Als gesund entlassen.

Fall 13.

Frau M. M., 50 Jahre alt, aufgenommen 31. 1. 13.

Anamnese: Patientin hat seit einigen Monaten Beschwerden beim Stuhlgang; Schmerzen und geringe Blutungen. Sie hat das Gefühl, als wenn sich beim Stuhlgang ein kleiner Knoten aus dem Anus hervorstülpt.

Befund: Kräftige Frau. Herz und Lunge o. B.

Im Rektum kirschgroßer, gestielter Schleimhautpolyp dicht am Anus palpabel.

Diagnose: Mastdarmpolyp.

Operation in Lokalanaesthesie, Exstirpation des Polypen, Kauterisation des Stumpfes. Jodoformgaze—Darmrohr.

14. 2. Patientin wird als geheilt entlassen.

Fall 14.

Mädchen M. B., 10 Jahre alt, aufgenommen 19. 3. 13.

Anamnese: Seit Mitte Februar ständig Blutungen aus dem After, bei ruhigem Verhalten keine Schmerzen, dagegen beim Stuhlgang.

Befund: Mittelkräftig, entwickeltes Mädchen. Gesichtsfarbe auffallend blaß mit einem Stich ins Graugelbliche. Haut mäßig trocken. Die sichtbaren Schleimhäute sind ebenfalls abnorm blaß, anaemisch. Herz und Lunge o. B.

Bei rektaler Untersuchung stellt der Finger, soweit man tasten kann, zahlreiche, lose aufsitzende, z. T. gestielte Gebilde von Linsen- bis Bohnengröße fest.

Diagnose: Polyposis recti.

22. 3. Operation. Mischnarkose, Sphinkterdehnung. Abtragung der polypösen Wucherungen soweit als möglich. Die Blutungen haben aufgehört (2. 4.). Als geheilt entlassen.

14. 5. Wiederaufnahme.

Gleich nach der Entlassung sollen wiederum ziemlich profuse Blutungen aus dem After aufgetreten sein.

Befund: Bei Rektaluntersuchung in Narkose fühlt man noch einige kleine Unebenheiten, die jedoch eine stärkere Blutung nicht erklären können.

14. 9. Operation. Mischnarkose. Laparatomie. Entfernung zweier walnußgroßer, an einem Stiel beweglich an der Wand des Colon sigmoideum sitzender Polypen. Blutstillung mit dem Thermokauter. Lambertsche Darmnaht.

9. 6. Der Stuhlgang ist in letzter Zeit regelmäßig, kein Blut.

10. 6. Als geheilt entlassen.

Fall 15.

Knabe E. P., 11 Jahre alt, aufgenommen 11. 4. 13.

Anamnese: Seit Weihnachten 1912 bemerkt Patient Blut im Stuhl.

Befund: Gut genährter Junge. Etwas blasse Gesichtsfarbe. Herz und Lunge o. B.

Im Rektum an seiner Hinterwand etwa 7 cm vom Anus entfernt, sitzt ein gestielter Polyp.

15. 4. Operation. Sphinkterdehnung mittels Spekulums. Ein etwa bohnengroßer, an einem 3 cm langen Stiel hängender Polyp wird vorgezogen, mit Katgut umschnürt und abgetragen.

21. 4. Als gebessert entlassen.

Fall 16.

Herr C. H., 49 Jahre alt, aufgenommen 1. 4. 14.

Anamnese: Patient ist nie ernstlich krank gewesen. Im Oktober 1913 bemerkte Patient im Stuhlgang blutigen Schleim. Ein Arzt entfernte ihm Rektumpolypen. Als Patient 4 Tage außerhalb des Krankenhauses war, bekam er plötzlich eine starke Blutung aus dem Mastdarm. Er mußte alle ½ Stunde aufs Klosett, wo ihm ein Wasserglas Blut abging. Er wurde im Krankenhaus wieder aufgenommen, wo die Blutung zum Stillstand gebracht wurde. Seit dieser Zeit dauernd mit blutigem Schleim vermischter Stuhlgang. Es wurden nun zwei weitere Polypen festgestellt.

Befund: Großer, kräftiger Mann, gut genährt. Innere Organe o. B. Im unteren Mastdarm fühlt man eine kirschgroße weiche Geschwulst mit Stiel. Im Rektoskop sieht man etwa 20 cm oberhalb des Afters eine zweite Geschwulst, gestielt an der vorderen Wand des Mastdarms.

2. 4. Operation. In Narkose wird der untere Polyp nach Unterbindung des Stiels abgetragen. Nachdem der obere Polyp im Rektoskop eingestellt ist, wird er etwas vorgezogen und mit dem Paquelin abgebrannt.

8. 4. Als geheilt entlassen.

Nachtrag. Ende 1914 bekam Patient erneute Blutungen und mußte Spitalbehandlung aufsuchen. Nach mehrmonatigem Krankenlager entschloß er sich zu einer neuen Operation. Es mußte ihm wegen Mastdarmkarzinoms, das inzwischen diagnostiziert worden war, das Rektum exstirpiert werden. Patient starb wenige Tage nach der Operation an Herzschwäche.

Fall 17.

Arbeiter R. Z., 28 Jahre alt, aufgenommen 10. 4. 14.

Anamnese: Seit einem Jahr Schmerzen beim Stuhlgang, besonders bei Verstopfung. In der ersten Zeit dabei mäßige Blutungen. Seit ¼ Jahr sind die Blutungen heftiger geworden, und dauern auch nach dem Stuhlgang an. Es

drängt sich immer etwas beim Stuhlgang vor, und tritt nach dem Pressen wieder zurück. Sonst fühlt sich Patient gesund.

Befund: Kräftiger, gut genährter Mann. Innere Organe o. B.

Im Rektum fühlt man einen kleinen gestielten Polypen, der etwa $^1/_2$ cm aus dem Rektum herausragt, und dessen Stiel etwa 2 cm ins Rektum hinaufreicht.

12. 6. Operation. Lokalanaesthesie. Abtragen des Polypen hart am Stiel nach Unterbindung desselben. Darmrohr.

18. 6. Als gesund entlassen.

Fall 18.

Arbeiter H. L., 49 Jahre alt, aufgenommen 9. 7. 14.

Anamnese: Vor 14 Tagen bekam Patient im Anschluß von Fieber starke Verstopfung. Der Leib fühlte sich hart an. Patient hatte Schmerzen um den Anus herum und in beiden Leistenbeugen. Schmerzen beim Stuhlgang. Ol. Ricini und Kamillenteeeinläufe. Der Stuhl war stets recht hart und von schwarzer Farbe. Vor einigen Tagen ging beim Stuhlgang ein weiß aussehender Pfropf ab, der Eiter und Blut enthielt. Patient hat in den letzten Tagen stark an Gewicht abgenommen und klagt über Appetitlosigkeit.

Befund: Innere Organe des normal gebauten, kräftigen Mannes gesund. Ungefähr 1 cm vom Anus entfernt findet sich auf der rechten Seite im Rektum ein Geschwür von über Linsengröße.

14. 7. Exstirpation des Ulkus, Naht des Defektes. Darmrohr. Das exstirpierte Stück hat sich histologisch als gutartiger Polyp erwiesen.

23. 7. Rektal fühlt man an der exstirpierten Stelle eine Narbe, die nicht schmerzhaft ist.

25. 7. Als gesund entlassen.

Fall 19.

Schriftsteller E. G., 50 Jahre alt, aufgenommen 14. 1. 15.

Anamnese: Seit 1900 Hämorrhoiden. Immer Stuhlbeschwerden. Seit Weihnachten 1914 geringe Schmerzen beim Stuhlgang, dann sich steigernd und stundenlang anhaltend.

Befund: Kräftiger Mann. Innere Organe o. B.

Man fühlt im Rektum einen an einem Stiel beweglichen Tumor.

Diagnose: Papilloma recti.

20. 1. In Lokalanästhesie Exstirpation des Polypen nach Unterbindung an seiner Basis.

4. 2. Als gesund entlassen.

Fall 20.

Frau P. B., 26 Jahre alt, aufgenommen 8. 5. 15.

Anamnese: Früher nie ernstlich krank gewesen. Vor einigen Jahren Appendektomie. Jetzt Stuhlbeschwerden.

Befund: Innere Organe o. B.

Im Rektum größere und kleinere Tumoren palpabel.

Diagnose: Papillomatosis recti.

8. 5. Ein tiefsitzender Polyp wird im Aetherrausch ausgebrannt; die kleineren sollen später behandelt werden.

22. 5. Als gebessert entlassen.

Fall 21.

Kaufmann F. O., 39 Jahre alt, aufgenommen 8. 6. 16.

Anamnese: Seit Jahren bemerkt Patient Druck am Anus beim Stuhlgang. Oft ging Blut ab, meist erst nach dem Stuhl. Seit 6 Wochen treten die Blutungen häufiger auf.

Befund: Mittelgroßer Mann. Innere Organe o. B.

Man sieht einen unveränderten Analring und digital fühlt man dicht über dem After einige kleinere Hervorragungen.

Rektoskopisch sieht man dicht oberhalb des Analringes einen kleinen Polypen, der leicht zum Analring herausfallen kann.

Operation. Einstellen des kleinen Polypen, der nach Umstechung an der Basis abgetragen wird.

20. 6. Beschwerdefrei; als geheilt entlassen.

Fall 22.

Frau M. T., 61 Jahre alt, aufgenommen 23. 8. 17.

Anamnese: Seit ca. ½ Jahr hat Patientin das Gefühl, als ob beim Stuhlgang der Mastdarm etwas heraustrete. Keine Schmerzen. Stuhlgang regelmäßig, breiig. Vor ca. acht Tagen ging die ausgetretene Geschwulst nicht wieder zurück, so daß ein Arzt geholt werden mußte, der sie reponierte.

Befund: Mittelgroße Patientin in befriedigendem Ernährungszustande.

Man fühlt an der Hinterwand des Rektums 2 cm oberhalb des Analringes einen fast fingerlangen, birnförmigen beweglichen Polypen, oberhalb desselben noch zwei weitere

polypöse Wucherungen, die z. T. ulzeriert sind. Der untersuchende Finger ist nicht blutig.

Operation nach gründlicher Vorbereitung in Lokalanaesthesie. Vorwälzen des breitbasig aufsitzenden Adenoms vor den Sphinkter. Umschneidung des Tumors. Exstirpation.

22. 9. Patientin wird als gesund entlassen.

Fall 23.

Schneider R. K., 56 Jahre alt, aufgenommen 9. 10. 17.

Anamnese: Vor 15 Jahren wurde Patient wegen Hämorrhoiden operiert. Patient klagt über Leibschmerzen und wird schon längere Zeit wegen Darmkatarrhs behandelt. Patient hat mehrere Tage hindurch trotz Einlaufs keinen Stuhlgang, und wenn dieser auftritt, dann ist er schwarz und von geringer Menge. Patient verspürt sehr oft starkes Drängen. Blut im Stuhl hat er nie gefunden. Seit November 1910 leidet er wieder an Hämorrhoiden, diese verursachten ihm jedoch bis jetzt keine Beschwerden. Es trat erst Juli dieses Jahres zugleich mit heftigen Schmerzen in der linken Seite Verschlimmerung ein.

Befund: Schmächtiger Mann. Herz und Lunge o. B.

Rektalbefund: Ein Kranz von Hämorrhoiden umgibt die Analöffnung. In der Kreuzbeinhöhlung, fingerlang über der Analöffnung, springt ein kugelförmiger Tumor aus der Ampulle hervor, in der Mitte fühlt man einen kleinen ulzerierten Trichter, der für die Fingerkuppe gerade offen ist. Der Tumor ist schmerzhaft.

Diagnose: Papilloma recti (?).

11. 10. Auf Wunsch unoperiert entlassen.

Fall 24.

Frau M. L., 38 Jahre alt, aufgenommen 7. 6. 18.

Anamnese: Die Mutter der Patientin leidet ebenfalls an Darmpolypen, der Vater ist magenkrank.

Vor 13 Jahren nach der Geburt eines Kindes hatte Patientin Mastdarmvorfall. Dieser mußte nach dem Stuhlgange zurückgedrängt werden. Die Schmerzen waren nicht stark. Vor 3 Wochen bekam Patientin beim Stuhlgang starke Schmerzen und Blutungen. Der Darm konnte erst nach längerer Zeit wieder reponiert werden.

Befund: Mittelgroße Patientin. Innere Organe o. B.

An der hinteren Wand des Rektums fühlt man mehrere kleinere und einen großen Polypen.

Diagnose: Papillomatosis recti.

11. 6. Abtragen der Polypen in Lokalanästhesie.

20. 6. Als geheilt entlassen.

Fall 25.

Frau E. S., 25 Jahre alt, aufgenommen 19. 6. 18.

Anamnese: Seit etwa 5 Jahren hat Patientin Schmerzen beim Stuhlgang. In letzter Zeit hat sie angeblich viel Blut verloren.

Befund: An der Hinterwand des Mastdarms, etwa 6 cm oberhalb des Sphinkters ein ulzerierter breitbasig aufsitzender Polyp.

21. 6. Operation. Abklemmen des Polypen und Abtragen desselben.

1. 7. Keine Beschwerden mehr, als geheilt entlassen.

Literatur.

1. Aschoff: Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 1911.
2. Lexer: Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. 1912.
3. Wullstein und Wilms: Lehrbuch der Chirurgie. 1912.
4. Borst: Die Lehre von den Geschwülsten.
5. König: Lehrbuch der spez. Chirurgie.
6. Hildebrand: Jahresberichte über die Fortschritte der Chirurgie.
7. Ribbert: Darmpolyp und Karzinom. Frankfurt, Ztschr. f. Pathol., 1909, Bd. 2, Heft 4.
8. Oseki: Polyposis intestini adenomatosa und Carcinoma recti. Ztschr. f. Chirurg. Bd. 118, St. 463.
9. Doering: Die Polyposis intestini und ihre Beziehungen zur karzinomatösen Degeneration. Arch. f. Chirurg. Bd. 83, St. 194.
10. Wulf: Die Entstehung der Dickdarmkrebse aus Darmpolypen. Dissertation. Kiel 1892.
11. Riederer: Ueber multiple Polypenbildung im Dickdarm. Dissertation. Würzburg 1899.
12. Schwab: Ueber multiple Polypenbildung im Kolon und Rektum. Beitr. zur klin. Chirurg. Bd. 18, Heft 2.
13. Funckenstein: Ueber Poliposis intestinalis. Ztschr. für klin. Med. 1904. Bd. 55.
14. Petrow: Ein Fall von multiplen Polypen im Magen und Darm, mit Uebergang in Karzinom. Zentralbl. für Chirurg. 1896. St. 542.
15. Niemack: Intestinal polyposis and Carcinoma. Refer.: Zentralblatt für Chirurg. 1903. St. 618.
16. Cripps: Two cases of dissiminated polypus of the rectum. Transact. of the pathol. society of London 1882, Bd. 33.
17. Aronheim: Heftige Blutung und Anämie, verursacht durch einen prolabierten Mastdarmpolypen bei einem zehnjährigen Knaben. Münch. med. Wochenschrift. 1902, Nr. 28.
18. Rotter: Polyposis recti. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 58, St. 357.
19. Paget: Todesfall infolge Verblutung aus einem Polypen. Refer. Deutsch. Ztschr. für Chirurg. 1896, Bd. 42.
20. Mocquet: Les haemorrhagies des polypes du rectum. Rev. de Chirurg. Jahrg. 33, Nr. 4, St. 474.

21. Zentralblatt für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete.

22. Sklifasowski: Polyadenoma tractus intestinalis. Refer.: Zentralbl. für Chirurg. 1881, St. 527.

23. Margarini: Contributo alla cura della colite polyposa. Clinica chirurgica 1903, Nr. 8.

24. Potherat: Tumeur villeuse du rectum. Bullét. et mémoire de la sociét. de Chirurg. 1907. 15. Juni.

25. De Lisi: Polyadenomatosi sarcoma del retto. Revista Veneta di Lorenze mediche, 1910, St. 397.

26. Strauß: Mastdarmpolypen bei Erwachsenen. Allg. med. Zentr. Zeit. 15., St. 197.

27. Pearsons: Pedunculated anal tumour. Brit. med. Journ. 1909, Dez. 11. St. 1675.

Lebenslauf.

Ich, Wilhelm Schmalz, bin am 12. September 1891 als Sohn des Kaufmanns Isidor Schmalz zu Posen geboren. Ich bin jüdischer Konfession und preußischer Nationalität. Von Ostern 1897 bis 1900 besuchte ich die Vorschule des Friedrich-Wilhelm-Gymnasiums zu Posen, wurde dann Ostern 1900 auf die Berger Oberrealschule umgeschult. Hier bestand ich Ostern 1909 die Prüfung der Reife. Ich widmete mich nun dem Studium der Medizin und zwar studierte ich von Ostern 1909 bis Ostern 1910 in Berlin, von Ostern 1910 bis Herbst 1911 in Freiburg i. B., von Michaelis 1911 bis Michaelis 1912 in Breslau, von Michaelis 1912 bis Ostern 1914 wieder in Berlin. Am 23. November 1910 legte ich vor der Prüfungskommission in Bromberg die für Oberrealschüler zum Studium der Medizin notwendige Nachprüfung in der lateinischen Sprache ab. Das ärztliche Vorexamen bestand ich am 31. Juli 1911 in Freiburg i. B.; die ärztliche Staatsprüfung am 11. Juni 1914 in Berlin. Vom 1. Juli 1914 bis 1. August 1914 war ich als Medizinalpraktikant im Städtischen Krankenhaus zu Berlin, Gitschiner Straße tätig. Von Beginn des Weltkrieges 1914 an war ich Truppenarzt beim Reserve-Infanterie-Regiment Nr. 46. Am 28. Juli 1916 geriet ich in russische Kriegsgefangenschaft, aus der ich im Dezember 1918 zurückkehrte. Zurzeit bin ich als Assistenzarzt zum Hauptfestungslazarett Posen kommandiert.

Lebenslauf.